



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ **Αρ. Φύλλου 777**

17 Ιουνίου 2003

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. ΔΙΑΔΠ/Ε/11184 (1)

Καθορισμός διοικητικών διαδικασιών και των αντίστοιχων εντύπων τους, αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ι.Κ.Α. που διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.).

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του τελευταίου εδαφίου της παραγράφου 1 του άρθρου 31 του Ν. 3013/2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 102/Α΄/ 1.5.2002.

2. Τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 «Σχέσεις Κράτους - Πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 75/Α/11.6.1986.

3. Τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του Ν. 2690/99 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 45/Α/9.3.1999.

4. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/1992 «Περιορισμός και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κρατικών δαπανών και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 154/Α/1992) με το οποίο προστέθηκε άρθρο 29 Α στο Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α/1985), όπως τελικά αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 2469/1997 (ΦΕΚ 39/Α/1997).

5. Την απόφαση 80088/31.10.01 Φ.Ε.Κ. 1485/Β/ (Περί ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων)

6. Την Κοινή Υπουργική Απόφαση ΔΙΑΔΠ/Α1/12407 (ΦΕΚ946/24.7.2002) των Υπουργών Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

7. Το από 22.1.2003 Ε99/1 έγγραφο του Ι.Κ.Α..

8. Το από 9.5.2003 Γ99/20 έγγραφο του Ι.Κ.Α..

9. Την ανάγκη βελτίωσης της εξυπηρέτησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πολίτη.

10. Το γεγονός ότι από την έκδοση της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.

11. Την ΔΙΔΚ/Φ1/2/22875/2001 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού ΥΠ.Ε.Δ.Δ.Α., για την ανάθεση αρμοδιοτήτων, αποφασίζουμε:

Οι πιο κάτω διοικητικές διαδικασίες αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και ειδικότερα του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) να διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.) κατά την προβλεπόμενη από το άρθρο 31 του Ν. 3013/2002 διαδικασία:

Α. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΥΡΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΓΗΡΑΤΟΣ

Β. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΥΡΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

1) Σύνταξη Αναπηρίας από κοινή νόσο

2) Σύνταξη Αναπηρίας από εργατικό ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια

3) Σύνταξη Αναπηρίας από ατύχημα εκτός εργασίας

Γ. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΥΡΙΑΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ

Δ. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ Ι.Κ.Α. - Τ.Ε.Α.Μ.

1) Επικουρικής Σύνταξη Γήρατος

2) Επικουρική Σύνταξη Θανάτου

3) Επικουρική Σύνταξη Αναπηρίας

Ε. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ Ι.Κ.Α. - Ε.Τ.Ε.Α.Μ.

1) Επικουρική σύνταξη Γήρατος

2) Επικουρική σύνταξη Θανάτου

3) Επικουρική σύνταξη Αναπηρίας

ΣΤ. Χορήγηση Επιδόματος παραπληγίας - τετραπληγίας.

Η. Προαιρετική Ασφάλιση του Ειδικού Λογαριασμού Ελλήνων Εξωτερικού και Ομογενών

Θ. Αναγνώριση Στρατιωτικής Υπηρεσίας

1) Αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε ασφαλισμένο

2) Αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε συνταξιούχο

Ι. Έγγραφή - Πιστοποίηση Εργοδότη για χρήση Ηλεκτρονικών Υπηρεσιών προκειμένου να υποβληθεί ηλεκτρονικά μέσω Κ.Ε.Π. η Αναλυτική Περιοδική Δήλωση (Α.Π.Δ.).

Κ. Ηλεκτρονική Υποβολή Αναλυτικής Περιοδικής Δήλωσης (Α.Π.Δ.) Πιστοποιημένου Χρήστη.

Για τη διευκόλυνση της λειτουργίας των Κ.Ε.Π. και των πολιτών σε κάθε διοικητική διαδικασία αντιστοιχεί ιδιαίτερο έντυπο αίτησης. Τα έντυπα που αντιστοιχούν σε κάθε μια από τις πιο πάνω διαδικασίες επισυνάπτονται στην παρούσα απόφαση, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της και είναι αυτά που θα χρησιμοποιούνται από τα Κ.Ε.Π. Για ορισμένες από τις πιο πάνω υποθέσεις (ειδικότερα για τις διαδικασίες Α, Β, Γ, Δ, Ε, ΣΤ) απαιτείται η συμπλήρωση από τον ενδιαφερόμενο και ειδικών εντύπων του Ι.Κ.Α..

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 10 Ιουνίου 2003

ΟΙ ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ	ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ	**ΡΟΒΕΡΤΟΣ ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Κύριας Σύνταξης Γήρατος »

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικία του ασφαλισμένου**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθ.Βιβλιαρ.Τραπέζης με πρώτο όνομα του ενδιαφερομένου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αίτηση Δήλωση του Ι.Κ.Α.	□	□	
2. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας του ασφ/νου	□	□	□
3.. Όλα τ΄ ασφ/κά βιβλιάρια του ΙΚΑ	□	□	□
4. Δηλώσεις του εργοδότη σχετικά με την απασχόληση του ασφ/νου (σχετικά έντυπα χορηγούνται από το ΙΚΑ)	□	□	□
5. Φωτοαντίγραφο εκκ/κού σημειώματος της Εφορίας	□	□	□
6.. Αντίγραφο ή απόσπασμα ληξ/κής πράξης γάμου ή πιστοποιητικού γάμου από τη Μητρόπολη, εφόσον η σύζυγος δεν εργάζεται και δεν συντ/τείται	□	□	□
7.Απόσπασμα ή ληξ/κή πράξη γέννησης ή φωτ/φο αστυνομικής ταυτότητας για τα παιδιά που είναι μέχρι 18 ετών. Για τα παιδιά που είναι μέχρι 24 ετών απαιτείται επιπλέον πιστοποιητικό σπουδών, εφόσον σπουδάζουν σε ανώτερο ή ανώτατο εκπαιδευτικό Ίδρυμα (εσωτερικού ή εξωτερικού)	□	□	□
8. Εάν ο, η σύζυγος συντ/τείται από το ΙΚΑ και παίρνει προσαύξηση για παιδιά, απαιτείται η προσκόμιση απόφασης συντ/σης ή αποκόμματος επιταγής σύνταξης	□	□	□
9. Εάν ο ασφ/νος επιθυμεί την αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής θητείας, απαιτείται η προσκόμιση πιστοποιητικού τύπου Α. Σε περίπτωση που ο χρόνος στρατιωτικής θητείας έχει ήδη αναγνωρισθεί, απαιτείται η προσκόμιση της σχετικής απόφασης αναγνώρισης	□	□	□
10.Εάν κατά την τελευταία 10ετία ο ασφ/νος έχει επιδοτηθεί λόγω ανεργίας από τον ΟΑΕΔ, απαιτείται η προσκόμιση σχετικής απόφασης από τον ΟΑΕΔ	□	□	□
11. Εάν ο ασφαλισμένος έχει απασχοληθεί ως οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων, απαιτείται η κατάθεση του επαγγελματικού διπλώματος οδήγησης.	□	□	
12.Εάν η αίτηση συνταξιοδότησης υποβληθεί από εκπρόσωπο του ασφαλισμένου, απαιτείται η προσκόμιση επικυρωμένης φωτοτυπίας εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου.	□	□	
13.Εάν ο ασφ/νος συντ/τείται από άλλο Ταμείο, απαιτείται η προσκόμιση απόφασης συντ/σης ή αποκόμματος επιταγής της άλλης σύνταξης	□	□	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

14. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών εάν ο εργοδότης του ενδιαφερομένου είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, του οποίου το μόνιμο προσωπικό έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με δημοσιοϋπαλληλικές ή κοινές διατάξεις.	□	□	
15. Φωτ/φο της πρώτης σελίδας του Πιστωτικού Ιδρύματος με πρώτο το όνομα του ενδιαφερομένου.	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Επισυνάπτονται τα σχετικά έντυπα του Ι.Κ.Α. τα οποία συμπληρώνονται και υποβάλλονται με την παρούσα αίτηση:

1. **Έντυπο Αίτησης του Ι.Κ.Α. Σ 1**
2. **Έντυπο Δήλωσης του εργοδότη του Ι.Κ.Α. Σ 5**

Τα πιο πάνω έντυπα συμπληρώνονται για όλες τις περιπτώσεις

3. **Έντυπο Δήλωσης του ασφαλισμένου του Ι.Κ.Α. για την σύνταξη με τις διατάξεις των Βαρέων-Σ 6 και Σ 7.**
4. **Έντυπο Δήλωσης του Ι.Κ.Α. σε περίπτωση ασφάλισης του ενδιαφερομένου σε χώρες του εξωτερικού - Σ8**
5. **Έντυπο Δήλωσης Προτίμησης εάν ο εργοδότης του ενδιαφερομένου είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, του οποίου το μόνιμο προσωπικό έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με δημοσιοϋπαλληλικές ή κοινές διατάξεις –Σ 9.**

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Εάν ο αιτών /ούσα ενδιαφέρεται για τη Χορήγηση Επιδόματος τετραπληγίας – παραπληγίας συμπληρώνει ξεχωριστή Αίτηση που διεκπεραιώνεται και μέσω Κ.Ε.Π.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ Ι.Κ.Α. ΜΕ ΣΧΕΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟ Κ.Ε.Π.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………..

(Υπογραφή)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση Κύριας Σύνταξης Γήρατος**			
Υπηρεσία Υποβολής:	**Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου**			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αίτηση Δήλωση του Ι.Κ.Α.	□	□	
2. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας του ασφ/νου	□	□	□
3.. Όλα τ΄ ασφ/κά βιβλιάρια του ΙΚΑ	□	□	□
4. Δηλώσεις του εργοδότη σχετικά με την απασχόληση του ασφ/νου (σχετικά έντυπα χορηγούνται από το ΙΚΑ)	□	□	□
5. Φωτοαντίγραφο εκπ/κού σημειώματος της Εφορίας	□	□	□
6.. Αντίγραφο ή απόσπασμα ληξ/κής πράξης γάμου ή πιστοποιητικού γάμου από τη Μητρόπολη, εφόσον η σύζυγος δεν εργάζεται και δεν συντ/τείται	□	□	□
7. Απόσπασμα ή ληξ/κή πράξη γέννησης ή φωτ/φο αστυνομικής ταυτότητας για τα παιδιά που είναι μέχρι 18 ετών. Για τα παιδιά που είναι μέχρι 24 ετών απαιτείται επιπλέον πιστοποιητικό σπουδών, εφόσον σπουδάζουν σε ανώτερο ή ανώτατο εκπαιδευτικό Ίδρυμα (εσωτερικού ή εξωτερικού)	□	□	□
8. Εάν ο, η σύζυγος συντ/τείται από το ΙΚΑ και παίρνει προσαύξηση για παιδιά, απαιτείται η προσκόμιση απόφασης συντ/σης ή αποκόμματος επιταγής σύνταξης	□	□	□
9. Εάν ο ασφ/νος επιθυμεί την αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής θητείας, απαιτείται η προσκόμιση πιστοποιητικού τύπου Α. Σε περίπτωση που ο χρόνος στρατιωτικής θητείας έχει ήδη αναγνωρισθεί, απαιτείται η προσκόμιση της σχετικής απόφασης αναγνώρισης	□	□	□
10.Εάν κατά την τελευταία 10ετία ο ασφ/νος έχει επιδοτηθεί λόγω ανεργίας από τον ΟΑΕΔ, απαιτείται η προσκόμιση σχετικής απόφασης από τον ΟΑΕΔ	□	□	□
11. Εάν ο ασφ/νος έχει απασχοληθεί ως οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων, απαιτείται η κατάθεση του επαγγελματικού διπλώματος οδήγησης.	□	□	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

12.Εάν η αίτηση συντ/σης υποβληθεί από εκπρόσωπο του ασφ/νου, απαιτείται η προσκόμιση επικυρωμένης φωτοτυπίας εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου	□	□	
13.Εάν ο ασφ/νος συντ/τείται από άλλο Ταμείο, απαιτείται η προσκόμιση απόφασης συντ/σης ή αποκόμματος επιταγής της άλλης σύνταξης	□	□	
14. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών εάν ο εργοδότης του ενδιαφερομένου είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, του οποίου το μόνιμο προσωπικό έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με δημοσιοϋπαλληλικές ή κοινές διατάξεις.	□	□	
15. Φωτ/φο της πρώτης σελίδας του Πιστωτικού Ιδρύματος με πρώτο το όνομα του ενδιαφερομένου.	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Κύριας Σύνταξης Αναπηρίας».

☐ Σύνταξη Αναπηρίας από κοινή νόσο

☐ Σύνταξη Αναπηρίας από εργατικό ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια

☐ Σύνταξη Αναπηρίας από ατύχημα εκτός εργασίας

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθ.Βιβλιαρ.Τραπέζης με το πρώτο όνομα του ενδιαφερομένου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Έντυπη αίτηση του ασφ/νου (χορηγείται από το ΙΚΑ)	□	□	□
2. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας του ασφ/νου	□	□	□
3. Όλα τ΄ ασφ/κά βιβλιάρια του ΙΚΑ	□	□	□
4. Δηλώσεις του εργοδότη σχετικά με την απασχόληση του ασφ/νου (σχετικά έντυπα χορηγούνται από το ΙΚΑ)	□	□	□
5. Φωτοαντίγραφο εκκ/κού σημειώματος της Εφορίας	□	□	□
6. Αντίγραφο ή απόσπασμα ληξ/κής πράξης γάμου ή πιστοποιητικού γάμου από τη Μητρόπολη, εφόσον η σύζυγος δεν εργάζεται και δεν συντ/τείται	□	□	□
7. Απόσπασμα ή ληξ/κή πράξη γέννησης ή φωτ/φο αστυνομικής ταυτότητας για τα παιδιά που είναι μέχρι 18 ετών. Για τα παιδιά που είναι μέχρι 24 ετών απαιτείται επιπλέον πιστοποιητικό σπουδών, εφόσον σπουδάζουν σε ανώτερο ή ανώτατο εκπαιδευτικό Ίδρυμα (εσωτερικού ή εξωτερικού)	□	□	□
8. Εάν ο, η σύζυγος συντ/τείται από το ΙΚΑ και παίρνει προσαύξηση για παιδιά, απαιτείται η προσκόμιση απόφασης συντ/σης ή αποκόμματος επιταγής σύνταξης	□	□	□
9. Εάν κατά την τελευταία 10ετία ο ασφ/νος έχει επιδοτηθεί λόγω ανεργίας από τον ΟΑΕΔ, απαιτείται η προσκόμιση σχετικής απόφασης από τον ΟΑΕΔ	□	□	□
10. Εάν ο ασφ/νος συντ/τείται από άλλο Ταμείο, απαιτείται η προσκόμιση απόφασης συντ/σης ή αποκόμματος επιταγής της άλλης σύνταξης	□	□	□
11. Εάν ο ασφ/νος, έχει απασχοληθεί ως οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων, απαιτείται η κατάθεση του επαγγελματικού διπλώματος οδήγησης.	□	□	□
12. Εάν ο ασφ/νος επιθυμεί την αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής θητείας, απαιτείται η προσκόμιση πιστοποιητικού τύπου Α. Σε περίπτωση που ο χρόνος στρατιωτικής θητείας έχει ήδη αναγνωρισθεί, απαιτείται η προσκόμιση	□	□	□

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

της σχετικής απόφασης αναγνώρισης			
13. Εάν η αίτηση συντ/σης υποβληθεί από εκπρόσωπο του ασφ/νου, απαιτείται η προσκόμιση επικυρωμένης φωτοτυπίας εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου	□	□	□
14. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών εάν ο εργοδότης του ενδιαφερομένου είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, του οποίου το μόνιμο προσωπικό έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με δημοσιοϋπαλληλικές ή κοινές διατάξεις.	□	□	□
15. Φωτ/φο της πρώτης σελίδας Πιστωτικού Ιδρύματος με πρώτο το όνομα του ενδιαφερομένου.	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Επισυνάπτονται τα σχετικά έντυπα του Ι.Κ.Α. τα οποία συμπληρώνονται και υποβάλλονται με την παρούσα αίτηση:

1. **Έντυπο Αίτησης του Ι.Κ.Α. Σ 2**
2. **Έντυπο Δήλωσης του εργοδότη του Ι.Κ.Α. Σ 5**

Τα πιο πάνω έντυπα συμπληρώνονται για όλες τις περιπτώσεις

3. **Έντυπο Δήλωσης του ασφαλισμένου του Ι.Κ.Α. για την σύνταξη με τις διατάξεις των Βαρέων-Σ 6 και Σ 7.**
4. **Έντυπο Δήλωσης του Ι.Κ.Α. σε περίπτωση ασφάλισης του ενδιαφερομένου σε χώρες του εξωτερικού - Σ8**
5. **Έντυπο Δήλωσης Προτίμησης εάν ο εργοδότης του ενδιαφερομένου είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, του οποίου το μόνιμο προσωπικό έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με δημοσιοϋπαλληλικές ή κοινές διατάξεις –Σ 9.**

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Εάν ο αιτών /ούσα ενδιαφέρεται για τη Χορήγηση Επιδόματος τετραπληγίας – παραπληγίας συμπληρώνει ξεχωριστή Αίτηση που διεκπεραιώνεται και μέσω Κ.Ε.Π.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ Ι.Κ.Α. ΜΕ ΣΧΕΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟ Κ.Ε.Π.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση Κύριας Σύνταξης Αναπηρίας**			
Υπηρεσία Υποβολής:	**Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου**			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Έντυπη αίτηση του ασφ/νου (χορηγείται από το ΙΚΑ)	□	□	□
2. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας του ασφ/νου	□	□	□
3. Όλα τ΄ ασφ/κά βιβλιάρια του ΙΚΑ	□	□	□
4.Δηλώσεις του εργοδότη σχετικά με την απασχόληση του ασφ/νου (σχετικά έντυπα χορηγούνται από το ΙΚΑ)	□	□	□
5. Φωτοαντίγραφο εκπ/κού σημειώματος της Εφορίας	□	□	□
6. Αντίγραφο ή απόσπασμα ληξ/κής πράξης γάμου ή πιστοποιητικού γάμου από τη Μητρόπολη, εφόσον η σύζυγος δεν εργάζεται και δεν συντ/τείται	□	□	□
7. Απόσπασμα ή ληξ/κή πράξη γέννησης ή φωτ/φο αστυνομικής ταυτότητας για τα παιδιά που είναι μέχρι 18 ετών. Για τα παιδιά που είναι μέχρι 24 ετών απαιτείται επιπλέον πιστοποιητικό σπουδών, εφόσον σπουδάζουν σε ανώτερο ή ανώτατο εκπαιδευτικό Ίδρυμα (εσωτερικού ή εξωτερικού)	□	□	□
8. Εάν ο, η σύζυγος συντ/τείται από το ΙΚΑ και παίρνει προσαύξηση για παιδιά, απαιτείται η προσκόμιση απόφασης συντ/σης ή αποκόμματος επιταγής σύνταξης	□	□	□
9. Εάν κατά την τελευταία 10ετία ο ασφ/νος έχει επιδοτηθεί λόγω ανεργίας από τον ΟΑΕΔ, απαιτείται η προσκόμιση σχετικής απόφασης από τον ΟΑΕΔ	□	□	□

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

10. Εάν ο ασφ/νος συντ/τείται από άλλο Ταμείο, απαιτείται η προσκόμιση απόφασης συντ/σης ή αποκόμματος επιταγής της άλλης σύνταξης	□	□	□
11.Εάν ο ασφ/νος, έχει απασχοληθεί ως οδηγός ή ως εκπαιδευτής οδηγών αυτοκινήτων, απαιτείται η κατάθεση του επαγγελματικού διπλώματος οδήγησης.	□	□	□
12. Εάν ο ασφ/νος επιθυμεί την αναγνώριση του χρόνου στρατιωτικής θητείας, απαιτείται η προσκόμιση πιστοποιητικού τύπου Α. Σε περίπτωση που ο χρόνος στρατιωτικής θητείας έχει ήδη αναγνωρισθεί, απαιτείται η προσκόμιση της σχετικής απόφασης αναγνώρισης	□	□	□
13. Εάν η αίτηση συντ/σης υποβληθεί από εκπρόσωπο του ασφ/νου, απαιτείται η προσκόμιση επικυρωμένης φωτοτυπίας εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου	□	□	□
14. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών εάν ο εργοδότης του ενδιαφερομένου είναι Ασφαλιστικός Οργανισμός ή Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, του οποίου το μόνιμο προσωπικό έχει δικαίωμα επιλογής συνταξιοδότησης με δημοσιοϋπαλληλικές ή κοινές διατάξεις.	□	□	□
15. Φωτ/φο της πρώτης σελίδας Πιστωτικού Ιδρύματος με πρώτο το όνομα του ενδιαφερομένου.	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Κυρίας Σύνταξης Λόγω Θανάτου».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθ.Βιβλιαρ. Τραπέζης με πρώτο όνομα του ενδιαφερομένου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
1. Έντυπη αίτηση των δικαιούχων (χορηγείται από το ΙΚΑ)	□	□	□
2. Φωτ/φο αστυνομικής ταυτότητας των δικαιούχων	□	□	□
3. Φωτ/φο εκ/κού σημειώματος της Εφορίας	□	□	□
4. Ληξ/κή πράξη θανάτου	□	□	□
5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του θανόντα, στο οποίο να αναφέρεται ότι ο γάμος δεν είχε λυθεί με δικαστική ή άλλη απόφαση μέχρι την ημέρα του θανάτου. Αυτό δηλώνεται και με Πιστοποιητικό Πρωτοδικείου.	□	□	□
6. Εάν δικαιούχος είναι η χήρα ή ο χήρος, απαιτείται αντίγραφο ή απόσπασμα Ληξιαρχικής Πράξης Γάμου ή πιστοποιητικό γάμου από τη Μητρόπολη	□	□	□
7. Εάν δικαιούχοι είναι παιδιά που δεν έχουν αστυνομική ταυτότητα, απαιτείται η προσκόμιση αποσπάσματος ληξ/κής πράξης γέννησης. Για τα παιδιά που είναι μέχρι 24 ετών απαιτείται επιπλέον πιστοποιητικό σπουδών ,εφόσον σπουδάζουν σε ανώτερο ή ανώτατο εκπαιδευτικό Ίδρυμα (εσωτερικού ή εξωτερικού) ή σε Ι.Ε.Κ.	□	□	□
8. Εάν ο θανών ήταν ασφ/νος, απαιτείται η προσκόμιση όλων των ασφ/κών του βιβλιαρίων	□	□	□
9. Εάν ο θανών ήταν συντ/χος, απαιτείται η προσκόμιση ενημερωτικού σημειώματος της σύνταξής του.	□	□	□
10. Επικυρωμένη φωτοτυπία εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου	□	□	□
11. Πιστοποιητικό τύπου Α' αν πρόκειται για αναγνώριση της στρατιωτικής θητείας του θανόντα.	□	□	□
12. Φωτ/φο της πρώτης σελίδας βιβλιαρίου Πιστωτικού Ιδρύματος, με πρώτο όνομα αυτό του ενδιαφερομένου.	□	□	□

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Μεταβίβαση σύνταξης

Σε περίπτωση θανάτου συνταξιούχου γήρατος ή αναπηρίας, η σύνταξή του μεταβιβάζεται στα μέλη της οικογενείας του, χωρίς να ερευνούνται εκ νέου οι ημέρες εργασίας που είχε πραγματοποιήσει ο θανών.

Επισυνάπτεται το σχετικό έντυπο του Ι.Κ.Α. - Σ 3 – το οποίο και συμπληρώνεται.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ Ι.Κ.Α. ΜΕ ΣΧΕΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟ Κ.Ε.Π.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	Χορήγηση Κυρίας Σύνταξης Λόγω Θανάτου			
Υπηρεσία Υποβολής:	Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Έντυπη αίτηση των δικαιούχων (χορηγείται από το ΙΚΑ)	□	□	□
2. Φωτ/φο αστυνομικής ταυτότητας των δικαιούχων	□	□	□
3. Φωτ/φο εκ/κού σημειώματος της Εφορίας	□	□	□
4. Ληξ/κή πράξη θανάτου	□	□	□
5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του θανόντα, στο οποίο να αναφέρεται ότι ο γάμος δεν είχε λυθεί με δικαστική ή άλλη απόφαση μέχρι την ημέρα του θανάτου. Αυτό δηλώνεται και με Πιστοποιητικό Πρωτοδικείου.	□	□	□
6. Εάν δικαιούχος είναι η χήρα ή ο χήρος, απαιτείται ληξ/κή πράξη γάμου ή πιστοποιητικό γάμου από τη Μητρόπολη	□	□	□
7. Εάν δικαιούχοι είναι παιδιά που δεν έχουν αστυνομική ταυτότητα, απαιτείται η προσκόμιση ληξ/κής πράξης γέννησης. Για τα παιδιά που είναι μέχρι 24 ετών απαιτείται επιπλέον πιστοποιητικό σπουδών ,εφόσον σπουδάζουν σε ανώτερο ή ανώτατο εκπαιδευτικό Ίδρυμα (εσωτερικού ή εξωτερικού), ή σε Ι.Ε.Κ.	□	□	□
8. Εάν ο θανών ήταν ασφ/νος, απαιτείται η προσκόμιση όλων των ασφ/κών του βιβλιαρίων	□	□	□
9. Εάν ο θανών ήταν συντ/χος, απαιτείται η προσκόμιση ενημερωτικού σημειώματος της σύνταξής του.	□	□	□
10. Επικυρωμένη φωτοτυπία εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου	□	□	□

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

πληρεξουσίου			
11. Πιστοποιητικό τύπου Α' αν πρόκειται για αναγνώριση της στρατιωτικής θητείας του θανόντα.	□	□	□
12. Φωτ/φο της πρώτης σελίδας βιβλιαρίου Πιστωτικού Ιδρύματος, με πρώτο όνομα αυτό του ενδιαφερομένου.	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Σύνταξης Ι.Κ.Α –Τ.Ε.Α.Μ. ».

☐ Επικουρική Σύνταξη Γήρατος

☐ Επικουρική Σύνταξη Θανάτου

☐ Επικουρική Σύνταξη Αναπηρίας

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:			
Αριθ. Βιβλιαρ.Τραπέζης με πρώτο όνομα του ενδιαφερομένου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αίτηση - δήλωση του Ι.Κ.Α.	□	□	□
2. Αντίγραφο της Απόφασης (συνταξιοδότησης) του κυρίου Φορέα	□	□	□
3. Όλα τα Ασφαλιστικά Βιβλιάρια (αν η κύρια σύνταξη χορηγήθηκε από άλλο Φορέα)	□	□	□
4. Απόκομμα Επιταγής (από άλλο Φορέα εκτός Ι.Κ.Α. - ΤΕΑΜ) ή ενημερωτικό σημείωμα της σύνταξης του.	□	□	□
5. Αν απαιτείται επικυρωμένη φωτοτυπία εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου	□	□	□
6. Φωτοτυπία Ταυτότητας των Δικαιούχων και για αλλοδαπούς άδεια παραμονής	□	□	□
7. Πιστοποιητικό τύπου Α' για αναγνώριση του χρόνου Στρατιωτικής Θητείας	□	□	□
8. Αν απαιτείται Βεβαίωση από τον Ο.Α.Ε.Δ.	□	□	□
9. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος της Εφορίας.	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Έναρξη καταβολής:

Η καταβολή της σύνταξης του Ι.Κ.Α. - Τ.Ε.Α.Μ. αρχίζει από την ημερομηνία έναρξης καταβολής της κύριας σύνταξης εάν η αίτηση για συνταξιοδότηση υποβληθεί μέσα σε προθεσμία 3 μηνών από την ημερομηνία κοινοποίησης της απόφασης απονομής της κύριας σύνταξης.
Αν η αίτηση υποβληθεί μετά την προθεσμία αυτή, η καταβολή της σύνταξης του Ι.Κ.Α. - Τ.Ε.Α.Μ. θα αρχίσει από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης για συνταξιοδότηση.

Επισυνάπτονται τα σχετικά έντυπα του Ι.Κ.Α. όπου συμπληρώνονται και υποβάλλονται με την παρούσα αίτηση:

1. **Έντυπο Αίτηση Σ 41 για Απονομή Σύνταξης λόγω Γήρατος – Αναπηρίας ΙΚΑ -ΤΕΑΜ**
2. **Έντυπο Αίτηση Σ 42 για Απονομή ή Μεταβίβαση Σύνταξης λόγω Θανάτου ΙΚΑ- ΤΕΑΜ**

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ Ι.Κ.Α. ΜΕ ΣΧΕΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ Ι.Κ.Α.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση Σύνταξης Ι.Κ.Α –Τ.Ε.Α.Μ., Διαδοχική Ασφάλιση**			
Υπηρεσία Υποβολής:	**Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου**			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αίτηση - δήλωση του Ι.Κ.Α.	□	□	□
2. Αντίγραφο της Απόφασης (συνταξιοδότησης) του κυρίου Φορέα	□	□	□
3. Όλα τα Ασφαλιστικά Βιβλιάρια (αν η κύρια σύνταξη χορηγήθηκε από άλλο Φορέα)	□	□	□
4. Απόκομμα Επιταγής (από άλλο Φορέα εκτός Ι.Κ.Α. - ΤΕΑΜ) ή ενημερωτικό σημείωμα της σύνταξης του.	□	□	□
5. Αν απαιτείται επικυρωμένη φωτοτυπία εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου	□	□	□
6. Φωτοτυπία Ταυτότητας των Δικαιούχων και για αλλοδαπούς άδεια παραμονής.	□	□	□
7. Πιστοποιητικό τύπου Α' για αναγνώριση του χρόνου Στρατιωτικής Θητείας	□	□	□
8. Αν απαιτείται Βεβαίωση από τον Ο.Α.Ε.Δ.	□	□	□
9. Αντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος της Εφορίας.	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Σύνταξης Ι.Κ.Α. -ΕΤΕΑΜ».

□ Επικουρική Σύνταξη Γήρατος

□ Επικουρική Σύνταξη Αναπηρίας

□ Επικουρική Σύνταξη Θανάτου

ΠΡΟΣ:		**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Το υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθ.Βιβλιαρ.Τραπέζης με πρώτο όνομα του ενδιαφερομένου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Αίτηση –Δήλωση του Ι.Κ.Α.	□	□	□
2. Αντίγραφο της απόφασης απονομής της κύριας σύνταξης.	□	□	□
3. Επικυρωμένη φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας	□	□	□
4. Επικυρωμένη φωτοτυπία εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου	□	□	□
5. Αντίγραφο φορολογικής δήλωσης –Πιστοποιητικό από υποθηκοφυλάκειο του χήρου ή της χήρας	□	□	□
6.Πιστοποιητικό τύπου Α' για αναγνώριση χρόνου στρατιωτικής θητείας	□	□	□
7. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών για αναγνώριση χρόνου προϋπηρεσίας.	□	□	□
8. Όλα τα ασφαλιστικά βιβλιάρια (αν η κύρια σύνταξη χορηγήθηκε από άλλο φορέα εκτός Ι.Κ.Α.)	□	□	□
9. Αντίγραφο εκκαθαριστικής δήλωσης Εφορίας	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Επισυνάπτονται τα σχετικά έντυπα του Ι.Κ.Α. τα οποία συμπληρώνονται και υποβάλλονται με την παρούσα αίτηση

1. Έντυπο Αίτηση Σ 43 του Ι.Κ.Α. –Ε.Τ.Ε.Α.Μ.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ Ι.Κ.Α. ΜΕ ΣΧΕΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟ Κ.Ε.Π.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση Σύνταξης Ι.Κ.Α. -ΕΤΕΑΜ**		
Υπηρεσία Υποβολής:	**Το υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου**		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Αίτηση –Δήλωση του Ι.Κ.Α.	□	□	□
2. Αντίγραφο της απόφασης απονομής της κύριας σύνταξης.	□	□	□
3. Επικυρωμένη φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας	□	□	□
4. Επικυρωμένη φωτοτυπία εξουσιοδότησης ή πληρεξουσίου	□	□	□
5. Αντίγραφο φορολογικής δήλωσης –Πιστοποιητικό Υποθηκοφυλακείου για χήρο ή χήρα.	□	□	□
6.Πιστοποιητικό τύπου Α' για αναγνώριση χρόνου στρατιωτικής θητείας	□	□	□
7. Πιστοποιητικό Υπηρεσιακών Μεταβολών για αναγνώριση χρόνου προϋπηρεσίας.	□	□	□
8. Όλα τα ασφαλιστικά βιβλιάρια (αν η κύρια σύνταξη χορηγήθηκε από άλλο φορέα εκτός Ι.Κ.Α.)	□	□	□
9. Αντίγραφο εκκαθαριστικής δήλωσης Εφορίας	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση επιδόματος παραπληγίας –τετραπληγίας».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμ.Βιβλιαρίου Τραπέζης με πρώτο όνομα του ενδιαφερομένου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Όλα τα ασφαλιστικά βιβλιάρια του ΙΚΑ (Μόνο για ασφαλισμένους)	□	□	□
2. Ληξιαρχική Πράξη Γάμου (Μόνο για περίπτωση Συζύγου)	□	□	□
3. Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης (Μόνο για περίπτωση τέκνου)	□	□	□
4. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 όπου ο αιτών θα δηλώνει*	□	□	□
5. <u>Πιστοποιητικό Κρατικού Νοσοκομείου ή Θεραπευτηρίου ή έστω πιστοποιητικό νευρολόγου ή ορθοπεδικού του Ι.Κ.Α. ή γιατρού εξωτερικών Ιατρείων Κρατικού Νοσοκομείου ο οποίος να βεβαιώνει ότι πάσχει από παραπληγία ή τετραπληγία.** (παραπάρεση-τετραπάρεση -διπληγία –τριπληγία)</u>	□	□	□

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: * α) εάν υπήρχε ή όχι ασφαλισμένος σε άλλο Ταμείο ή Οργανισμό Κυρίας Ασφάλισης και σε ποιο.

β) εάν ο/η σύζυγος του είναι ασφαλισμένος ή όχι του Ι.Κ.Α. ή άλλου Ταμείου ή Οργανισμού Κυρίας Ασφάλισης

γ) εάν το τέκνο του εργάζεται ή λαμβάνει σύνταξη ή νοσηλεύεται σε Ειδικό Ίδρυμα και εάν ο άλλος σύζυγος έχει ζητήσει ή όχι το επίδομα για το τέκνο.

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

1. Ασφαλισμένοι
2. Μέλη οικογένειας ασφαλισμένων
3. Συνταξιούχοι αναπηρίας –γήρατος-θανάτου
4. Μέλη Οικογενείας των συνταξιούχων

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ασφαλισμένοι εφόσον έχουν πραγματοποιήσει στην ασφάλιση του Ι.Κ.Α. για τον Κλάδο Συντάξεων

- 350 τουλάχιστον ημέρες εργασίας τα τέσσερα (4) τελευταία χρόνια στα αμέσως προηγούμενα εκείνου που εμφανίστηκε η πάθηση, από τις οποίες όμως 50 τουλάχιστον το προηγούμενο έτος ή το προηγούμενο 15μηνο (άρθρο 31Α.Ν.1846/51). Προκειμένου όμως για μέλη οικογενείας, ως αφετηρία για τον έλεγχο των παραπάνω προϋποθέσεων θα λαμβάνεται η ημερομηνία υποβολής της σχετικής αίτησης, ανεξάρτητα από τον χρόνο εμφάνισης της σχετικής πάθησης **ή**
- 1000 τουλάχιστον ημέρες εργασίας, οποτεδήποτε.

Προσοχή: ** Η μη προσκόμιση του σχετικού πιστοποιητικού (αριθ. 5) θα έχει και άλλη συνέπεια ότι ο αιτών δεν θα εξετάζεται από την αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή σύμφωνα με το υπ' αριθ. Π 51 /13/5.6.91 έγγραφο Δ/νσης Ι.Κ.Α.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Με το παρόν έντυπο επισυνάπτεται και συμπληρώνεται και η ειδική Αίτηση του Ι.Κ.Α.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΜΟΔΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ Ι.Κ.Α. ΜΕ ΣΧΕΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟ Κ.Ε.Π.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση επιδόματος παραπληγίας –τετραπληγίας**		
Υπηρεσία Υποβολής:	*** Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου**		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Όλα τα ασφαλιστικά βιβλιάρια του ΙΚΑ (Μόνο για ασφαλισμένους)	□	□	□
2. Ληξιαρχική Πράξη Γάμου (Μόνο για περίπτωση Συζύγου)	□	□	□
3. Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης (Μόνο για περίπτωση τέκνου)	□	□	□
4. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/88 όπου ο αιτών θα δηλώνει*	□	□	□
5. Πιστοποιητικό Κρατικού Νοσοκομείου ή Θεραπευτηρίου ή έστω πιστοποιητικό νευρολόγου ή ορθοπεδικού του Ι.Κ.Α. ή γιατρού εξωτερικών Ιατρείων Κρατικού Νοσοκομείου ο οποίος να βεβαιώνει ότι πάσχει από παραπληγία ή τετραπληγία.** (παραπάρεση -τετραπάρεση-διπληγία –τριπληγία)	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Προαιρετική Ασφάλιση του Ειδικού Λογαριασμού Ελλήνων Εξωτερικού και Ομογενών (αρ.1-4 Ν. 1469/84 ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθ.Βιβλιαρ.Τραπέζης με πρώτο όνομα του ενδιαφερομένου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Βεβαιωτική Πράξη της πλησιέστερης στον τόπο κατοικίας ή εργασίας του αιτούντος Προξενικής ή άλλης Ελληνικής Αρχής ή Σωματείου ή Συλλόγου ή Κοινότητας ή Εκκλησιαστικής Αρχής των Ομογενών, με την οποία θα βεβαιώνεται η Ελληνική υπηκοότητα ή η ιδιότητα του Ομογενή, καθώς και η μόνιμη εγκατάσταση του στο εξωτερικό (Σημ.: Δεν απαιτείται ξεχωριστή βεβαίωση, όταν υπογραφεί και σφραγιστεί η βεβαίωση στο σώμα της αίτησης)	□	□	□
2. Ιατρική Έκθεση περί της υγείας του αιτούντος από δύο Γιατρούς, που ορίζονται από την αρμόδια Προξενική Αρχή. (Σημ.: Η έκθεση αυτή θεωρημένη από το Προξενείο θα υποβληθεί μέσα σε έξι (6) μήνες από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης στο Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. (Μεταφρασμένη στα ελληνικά))	□	□	□
3. Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία να δηλώνεται σε ποια από τις (5) πέντε ασφαλιστικές κλάσεις επιθυμεί να καταταγεί για την καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών. (8η ,13η , 17η ,21η ,25η)*	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Για το ισχύον κάθε έτος τεκμαρτό ημερομίσθιο της κάθε κλάσης θα πρέπει τα Κ.Ε.Π. Να ενημερώνονται από τα υποκαταστήματα μας.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Προαιρετική Ασφάλιση του Ειδικού Λογαριασμού Ελλήνων Εξωτερικού και Ομογενών (αρ.1-4 Ν. 1469/84)**		
Υπηρεσία Υποβολής:	**Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου**		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
4. Βεβαιωτική Πράξη της πλησιέστερης στον τόπο κατοικίας ή εργασίας του αιτούντος Προξενικής ή άλλης Ελληνικής Αρχής ή Σωματείου ή Συλλόγου ή Κοινότητας ή Εκκλησιαστικής Αρχής των Ομογενών, με την οποία θα βεβαιώνεται η Ελληνική υπηκοότητα ή η ιδιότητα του Ομογενή, καθώς και η μόνιμη εγκατάσταση του στο εξωτερικό (Σημ.: Δεν απαιτείται ξεχωριστή βεβαίωση, όταν υπογραφεί και σφραγιστεί η βεβαίωση στο σώμα της αίτησης)	□	□	□
5. Ιατρική Έκθεση περί της υγείας του αιτούντος από δύο Γιατρούς, που ορίζονται από την αρμόδια Προξενική Αρχή. (Σημ.: Η έκθεση αυτή θεωρημένη από το Προξενείο θα υποβληθεί μέσα σε έξι (6) μήνες από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης στο Υποκατάστημα Ι.Κ.Α. (Μεταφρασμένη στα ελληνικά))	□	□	□
6. Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία να δηλώνεται σε ποια από τις (5) πέντε ασφαλιστικές κλάσεις επιθυμεί να καταταγεί για την καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών. (8η ,13η , 17η ,21η ,25η)*	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « Αναγνώριση Στρατιωτικής Υπηρεσίας».

☐ Αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε ασφαλισμένο

☐ Αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε συνταξιούχο

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

*** Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθ.Βιβλιαρ.Τραπέζης με πρώτο όνομα του ενδιαφερομένου:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Α1. Για αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε ασφαλισμένο			
1. Πιστοποιητικό τύπου Α΄	☐	☐	☐
2. Ασφαλιστικό Βιβλιάριο (ΔΑΤΕ ή Απόσπασμα Ατομικού Λογαριασμού Ασφάλισης	☐	☐	
3. Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/86 ότι: « α) δεν έχει αναγνωρίσει την στρατιωτική του υπηρεσία σε άλλον ασφαλιστικό οργανισμό και β) το προσκομιζόμενο ασφαλιστικό βιβλιάριο περιέχει τον τελευταίο μήνα εργασίας του γ) επιθυμεί να αναγνωρίσει όλο το χρόνο της στρατιωτικής Υπηρεσίας ή μέρος αυτού (προσδιορισμός του αριθμού των ημερών στρατιωτικής υπηρεσίας) δ) επιθυμεί να καταβάλει τις εισφορές είτε εφάπαξ με έκπτωση 15% είτε με δόσεις ισάριθμες των αναγνωριζόμενων μηνών.	☐	☐	
Α2. Για αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε συνταξιούχο			
1. Πιστοποιητικό τύπου Α΄	☐	☐	☐
2. Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/86 ότι: « α) δεν έχει αναγνωρίσει την στρατιωτική του υπηρεσία σε άλλον ασφαλιστικό οργανισμό και ούτε θα την αναγνωρίσει β) επιθυμεί να αναγνωρίσει όλο το χρόνο της στραωτικής υπηρεσίας ή μέρος αυτού (προσδιορισμός του αριθμού των ημερών στρατιωτικής υπηρεσίας) γ) επιθυμεί να καταβάλει τις εισφορές είτε εφάπαξ με έκπτωση 15% είτε με μηνιαία παρακράτηση του 1/3 της σύνταξης του »	☐	☐	
3. Συνταξιοδοτική Απόφαση ή άλλο στοιχείο , από το οποίο να προκύπτει η κλάση με την οποία συνταξιοδοτείται	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	Αναγνώριση Στρατιωτικής Υπηρεσίας			
Υπηρεσία Υποβολής:	Το Υποκατάστημα του Ι.Κ.Α. στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:		Επώνυμο:	
Αιτών:	Όνομα:		Επώνυμο:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Α1. Για αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε ασφαλισμένο			
1. Πιστοποιητικό τύπου Α΄	□	□	□
2. Ασφαλιστικό Βιβλιάριο (ΔΑΤΕ ή Απόσπασμα Ατομικού Λογαριασμού Ασφάλισης	□	□	
3. Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/86 ότι: « α) δεν έχει αναγνωρίσει την στρατιωτική του υπηρεσία σε άλλον ασφαλιστικό οργανισμό και β) το προσκομιζόμενο ασφαλιστικό βιβλιάριο περιέχει τον τελευταίο μήνα εργασίας του γ) επιθυμεί να αναγνωρίσει όλο το χρόνο της στρατιωτικής Υπηρεσίας ή μέρος αυτού (προσδιορισμός του αριθμού των ημερών στρατιωτικής υπηρεσίας) δ) επιθυμεί να καταβάλει τις εισφορές είτε εφάπαξ με έκπτωση 15% είτε με δόσεις ισάριθμες των αναγνωριζόμενων μηνών.	□	□	
Α2. Για αναγνώριση στρατιωτικής υπηρεσίας σε συνταξιούχο			
1. Πιστοποιητικό τύπου Α΄	□	□	□
2. Υπεύθυνη Δήλωση του ν.1599/86 ότι: « α) δεν έχει αναγνωρίσει την στρατιωτική του υπηρεσία σε άλλον ασφαλιστικό οργανισμό και ούτε θα την αναγνωρίσει β) επιθυμεί να αναγνωρίσει όλο το χρόνο της στραωτικής υπηρεσίας ή μέρος αυτού (προσδιορισμός του αριθμού των ημερών στρατιωτικής υπηρεσίας) γ) επιθυμεί να καταβάλει τις εισφορές είτε εφάπαξ με έκπτωση 15% είτε με μηνιαία παρακράτηση του 1/3 της σύνταξης του »	□	□	
4. Συνταξιοδοτική Απόφαση ή άλλο στοιχείο , από το οποίο να προκύπτει η κλάση με την οποία συνταξιοδοτείται	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έγγραφή –Πιστοποίηση Εργοδότη για χρήση Ηλεκτρονικών Υπηρεσιών προκειμένου να υποβληθεί ηλεκτρονικά μέσω Κ.Ε.Π. η Αναλυτική Περιοδική Δήλωση (Α.Π.Δ.) ».

ΠΡΟΣ:		**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΟΔΟΣ:			ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Ο εργοδότης για συναλλαγή μέσω Κ.Ε.Π. εκτελεί την διαδικασία εγγραφής -πιστοποίησης για χρήση των Ηλεκτρονικών Υπηρεσιών με τον ίδιο τρόπο που εκτελείται μέχρι σήμερα , κάνοντας χρήση του ηλεκτρονικού εξοπλισμού και διεύθυνσης των Κ.Ε.Π..

Ο κάθε αιτούμενος συναλλαγή μέσω Κ.Ε.Π. εργοδότης θα παραλαμβάνει μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης του Κ.Ε.Π. τον Κωδικό Χρήστη που του αντιστοιχεί και ένα συστημένο φάκελο στην διεύθυνση που θα δηλώσει με τους κωδικούς πρόσβασης και μεταβολής στοιχείων.

Στην συνέχεια θα μπορεί να συναλλαγή ηλεκτρονικά με το Ι.Κ.Α. επιλέγοντας την οδό που επιθυμεί , Κ.Ε.Π. ή όποια άλλη επιλέξει (Υπ/μα Ι.Κ.Α. , προσωπική συναλλαγή μέσω διαδικτύου).

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έγγραφή –Πιστοποίηση Εργοδότη για χρήση Ηλεκτρονικών Υπηρεσιών προκειμένου να υποβληθεί ηλεκτρονικά μέσω Κ.Ε.Π. η Αναλυτική Περιοδική Δήλωση (Α.Π.Δ.)**				
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « Ηλεκτρονική Υποβολή Αναλυτικής Περιοδικής Δήλωσης (Α.Π.Δ.) Μέσω Κ.Ε.Π. Πιστοποιημένου χρήστη ».

ΠΡΟΣ:		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο και ενώπιον του αρμόδιου υπαλλήλου, απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ο **πιστοποιημένος** εργοδότης προσκομίζει το έντυπο της Α.Π.Δ..	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

1. **Η έντυπη ΑΠΔ μεταφέρεται από τους υπαλλήλους του Κ.Ε.Π. σε φόρμες HTML εκτυπώνεται.**
2. **Η εκτύπωση παραδίδεται στον συναλλασόμενο εργοδότη ο οποίος υπογράφει για την συμφωνία του με τα καταχωρημένα στοιχεία.**
3. **Η ΑΠΔ αμέσως μετά την συμφωνία του συναλλασομένου , οριστικοποιείται και παραδίδεται το πιστοποιητικό ορθής αποστολής στον υπόχρεο όποτε και ολοκληρώνεται η διαδικασία.**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Ηλεκτρονική Υποβολή Αναλυτικής Περιοδικής Δήλωσης (Α.Π.Δ.) Μέσω Κ.Ε.Π. Πιστοποιημένου χρήστη**				
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν.

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]